УДК:616-006.52-085.85-06:616.37-002

ПАНКРЕАТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПАПИЛЛОТОМИЙ – ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Луценко В.Д., Куликовский В.Ф., Павлова Т.В., Татьяненко Т.Н.
Белгородский государственный университет,
Курский государственный медицинский университет

На материале 769 клинических наблюдений проведен анализ причин возникновения острого панкреатита после эндоскопической папиллотомии. Установлено, что основой их развития является прямое повреждение главного протока поджелудочной железы. Разработаны способы профилактики постманипуляционных панкреатитов.

Среди осложнений эндоскопических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК) на втором месте находится острый панкреатит [1, 3]. Частота его развития достигает 1,3-4% [2, 4, 5], при этом хирургическое лечение требуется у 5-10% больных, а цифры летальности колеблются от 8 до 13%.

Проблема лечения острого панкреатита – одна из наиболее дискутабельных в литературе последнего времени. Но главенствующим принципом остается комплекс профилактических мероприятий по предупреждению этого грозного осложнения, разработка которого на основе собственного клинического опыта и явилась целью исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Нами в период с 1996 по 2002 года выполнено 769 эндоскопических папиллосфинктеротомий по поводу холедохолитиаза, стеноза БСДК, терминального отдела холедоха, в том числе и при осложненных формах (механическая желтуха, холангит, билиарный панкреатит).

Структура наблюдений с осложненной желчнокаменной болезнью представлена в таблице 1.

Как видно из приведенной таблицы, в большинстве случаев (698 – 90,7 %) ЭПСТ производилась по поводу осложненной желчнокаменной болезни, причем на первом месте находятся больные с механической желтухой (578 - 75,1%).

Самым частым осложнением после эндоскопических вмешательств на БСДК были воспалительно-деструктивные изменения поджелудочной железы, развившиеся у 24 (3,1%) больных.

Нами был проведен сравнительный анализ частоты данного осложнения в двух группах больных. В первую группу вошли больные, которым ЭПСТ произведена до 2000 года, во второй группе ЭПСТ производилась с учетом проведенных нами клинико-морфологических исследований БСДК и периампулярной зоны, направленных на снижение частоты осложнений данного вмешательства.

Таблица 1. ложнения холедохолитиаза в двух группах больных

Вид осложнений	I группа -до 2000 года (% к общему количеству больных)	II группа - после 2000 года (% к общему количеству больных)	Всего
Механическая желтуха	227 (15,7)	351 (34,2)	578 (23,4)
Холангит	24 (1,7)	45 (4,4)	69 (2,8)
Билиарный панкреатит	19 (1,3)	32 (3,1)	51 (2,1)
Бессимптомное течение	30 (2,1)	41 (4,0)	71 (2,9)
Итого	300 (20,8)	469 (45,7)	769 (31,2)

Общее представление о возникновении специфических для ЭПСТ осложнений со стороны поджелудочной железы даны в таблице 2. В число этих больных не входили пациенты с билиарными панкреатитами, развившимися у них до ЭПСТ.К осложнениям со стороны поджелудочной железы мы относили возникновение гиперамилаземии, не проявлявшейся клинически, острый панкреатит (отечная форма), панкреонекроз (в виде стеато- или смешанного панкреонекроза).

Острый панкреатит как осложнение ЭПСТ возник у 11 (3,7%) больных. При этом в 2 (0,6%) случаев он потребовал хирургического лечения.

Таблица 2. Характеристика осложнений после ЭПСТ со стороны поджелудочной железы

Осложнения	I группа (% от общего кол-ва)	II группа (% от общего кол-ва)	Оперировано		Умерло	
Гиперамилаземия	9 (3,0)	4 (0,9)	-	-	-	-
Острый панкреатит	11 (3,7)	4 (0,9)	2 (0,6)	1 (0,2)	-	-
Панкрео-некроз	6 (2,0)	3 (0,6)	6 (2,0)	3 (0,6)	3 (1,0)	1 (0,2)
Итого	26 (9,3)	11 (2,3)	8 (2,7)	4 (0,9)	3 (1,0)	1 (0,2)

Клинический исследование случаев панкреатита после ЭПСТ позволило выделить следующие основные группы его причин.

1. Интрадуктальное введение контрастного вещества в главный панкреатический проток с развитием гидродинамической и осмотической травмы ацинусов (3 случая в нашем материале).

2. Грубые, насильственные манипуляции дистальным концом папиллотома в БСДК и непосредственно в главном панкреатическом протоке (2 случая).

3. Использование длительной коагуляции при ЭПСТ, выполняемой папиллотомом с дистальным выходом режущей струны, приводит к термической травме устья главного панкреатического протока с последующей протоковой гипертензией (4 случая).

4. Рефлюкс контрастного вещества из холедоха в главный панкреатический проток при быстром и форсированном введении, особенно при гнойных холангитах (3 случая).

5. Неправильная ориентация струны папиллотома в устье БСДК, что приводит или к непосредственной коагуляции паренхимы поджелудочной железы, или к непреднамеренной вирсунготомии (3 случая).

6. «Неполная», то есть не соответствующая размерам конкремента ЭПСТ, ведущая к развитию панкреатита вследствие ущемления конкремента или термической травмы при коагуляции у устья БСДК (2 случая).

Следствием приведенных выше технических и тактических ошибок стало развитие острого панкреатита и панкреонекроза у 17 больных. Из них прооперированы 8, умерли 3 (1% от общего числа больных в первой группе).

С 2000 г. мы разработали и применяем комплекс мероприятий по профилактике острого панкреатита после ЭПСТ, включающий следующие моменты.

1. Адекватная подготовка больных к исследованию.

2. Щадящая техника вмешательств на БСДК с учетом произведенных топографо - анатомических исследований в этой области.

3. Консервативные методы профилактики острого панкреатита после ЭПСТ.

4. Проведение адекватной ЭПСТ для декомпрессии поджелудочной железы при «случайных» манипуляциях на главном панкреатическом протоке.

Редкой и поэтому трудно прогнозируемой причиной развития острого панкреатита после папиллотомии считается повреждение гетеротопированной (эктопированной) в стенку БСДК ткани поджелудочной железы. В изученном нами морфологическом материале данная аномалия строения сосочка встретилась в 9,26% наблюдений с желчнокаменной болезнью. В литературе развитие воспаления в гетеротопированной ткани поджелудочной железы именуется как «эктопический панкреатит». С клинически значимым повреждением гетеротопированной ткани при ЭПСТ мы встретились единожды, когда отсутствие других сколько-нибудь вероятных причин непрогнозируемого развития и течения панкреонекроза привело к заключению, что инициирующим фактором явилось именно повреждение аномально расположенной в стенке сосочка ткани поджелудочной железы, с последующим прогрессированием и поражением головки и других частей железы.

Причины развития острого панкреатита после ЭПСТ в обеих группах суммированы в таблице 3.

Таблица 3. Причины острого панкреатита после ЭПСТ

Причины острого панкреатита	I группа (кол-во умерших)	II группа (кол-во умерших)	Всего (% от всех ЭПСТ)
Введение контраста в ГППЖ	3	1	4
Грубое проведение папиллотома через ГППЖ	2 (1)	-	2
Длительная коагуляция	4	2	6
Неправильная ориентация струны или папиллотома	3 (1)	1	4
Рефлюкс контраста в ГППЖ	3 (1)	2	5
«Неполная» ЭПСТ	2	-	2
Гетеротопия ткани поджелудочной железы	-	1 (1)	1
Итого (% от ЭПСТ)	17 (3,6)	7 (1,5%)	24 (3,1)

Проведенные морфологические исследования, применение специальных приемов, выработка определенного алгоритма выполнения ЭПСТ в различных вариантах позволили более чем в 2 раза (1,5% против 3,6%) снизить количество больных с острым панкреатитом после ЭПСТ, а летальность с 1% до 0,2%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зубарева Л.А., Кузовлев Н.Ф., Гальперин Э.И. // Материалы Российского симпозиума “Осложнения эндоскопической хирургии”. Москва. - 1996. - С. 192.

2. Милонов О.Б., Тоскин К.Я., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990. 558 с.

3. Чумаков А.А., Малешенко В.Н. Осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии при патологии желчевыводящих путей и их лечение. // Труды симпозиума “Осложнения эндоскопической хирургии”. Москва. - 1996. - С. 226.

4. Cotton P.B., Lehman G., Vennes J. et al. // Gastrointestinal Endoscopy — 1991 — Vol. 37, № 3.-P. 383.

5. Leese T., Neoptolemos J.P., Carr-Locke D.L. // Brit. J. Surg. - 1985. - Vol. 72. - P. 215.

PANKREATIT AS COMPLICATION PAPILLOTOMII - PARENT(REASON) OF OCCURRENCE, MEASURE OF PROPHYLAXIS

Lutsenko V.D., Kulikovskii V.F., Pavlova T.V., Tat'yanenko T.N.

769 clinical cases were analyzed to detect the causes of acute pancreatitis after endoscopic papillotomy. It was established, that postpapillotomy pancreatitis is induced by the direct damage of the major pancreatic duct. The prevention methods in endoscopic papillotomy were developed.